ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 22–14 Date de publication : 15 juillet 1996

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 7)*

		Pagination officielle :
CCNI DÉCLARATION SUPPLÉMENTAIRE — VACCIN RRO ET RÉACTION ANAPHYLACTIQUE AUX OEUFS ET AUX ANTIGÈNES DE L'OEUF	F-1	113–115
CCNI—AVIS PROVISOIRE CONCERNANT LA REVACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE DES PERSONNES ATTEINTES DU SYNDROME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE (SIDA)	F-3	116–117
L'INNOCUITÉ DES IMMUNOGLOBULINES	F-4	117–119
INFECTIONS À *SALMONELLA TYPHIMURIUM* CHEZ L'HOMME — ROYAUME-UNI	F-6	119
RAPPEL	F-7	120

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)*

DÉCLARATION SUPPLÉMENTAIRE VACCIN RRO ET RÉACTION ANAPHYLACTIQUE AUX OEUFS ET AUX ANTIGÈNES DE L'OEUF

La quatrième édition du ***Guide canadien d'immunisation*** *(1993) précise que : «Il ne faudrait pas donner le vaccin contre la rougeole aux personnes qui ont déjà fait des réactions de type anaphylactique (urticaire, oedème de la bouche et de la gorge, difficultés respiratoires ou hypotension) après avoir consommé des oeufs de poule.» Parmi les précautions proposées figurent les tests cutanés avec le vaccin dilué et la vaccination progressive si le test cutané est positif. Les auteurs de plusieurs études récentes ont remis en question la nécessité d'appliquer de telles précautions. Le CCNI a passé en revue toutes les données disponibles et révisé les lignes directrices en conséquence. Les présentes lignes directrices révisées sont une version profondément modifiée des recommandations antérieures et seront publiées dans la prochaine édition du* ***Guide canadien d'immunisation****.*

Un vaccin combiné contre la rougeole et la rubéole (Mo-Ru Viraten Berna[MD]*), récemment homologué au Canada, ne contient aucune protéine d'origine aviaire et peut donc être utilisé sans égard à une allergie aux oeufs.*

Les vaccins qui contiennent de petites quantités de protéines d'oeuf peuvent provoquer une réaction d'hypersensibilité chez certaines personnes qui sont allergiques aux oeufs. Les effets secondaires risquent davantage de survenir dans le cas de vaccins comme celui contre la fièvre jaune ou la grippe, qui sont produits dans des oeufs embryonnés. Pour leur part, les vaccins contre la rougeole et les oreillons sont produits dans des cultures de cellules d'embryons de poulet. Après avoir subi une purification très poussée, les vaccins finis peuvent contenir des quantités infinitésimales de protéines d'origine aviaire, qui ressemblent aux protéines présentes dans les oeufs de poule[1,2]. Les réactions anaphylactiques aux vaccins contenant la composante antirougeoleuse sont rares et ont été signalées tant chez des personnes qui avaient une allergie de type anaphylactique aux oeufs que chez celles qui n'étaient pas allergiques. Dans certains de ces cas, on a supposé qu'il s'agissait d'une allergie à la néomycine[4,5] ou à la gélatine[5] mais, dans la plupart des cas, aucun allergène particulier n'a été trouvé[6-8].

* **Membres :** D[r] D. Scheifele (président); D[r] J. Spika (secrétaire exécutif); N. Armstrong (secrétaire administrative); D[r] F. Aoki; D[r] P. DeWals; D[r] E. Ford-Jones; D[r] I. Gemmill; D[r] S. Halperin; D[r] B. Law; D[r] M. Naus; D[r] Y. Robert; D[r] B. Ward.

Agents de liaison : LCdr. D. Carpenter (DN); D[r] A. Carter (AMC); D[r] T. Freeman (CMFC); D[r] S. Hadler (CDC); D[r] D. MacPherson (CCMTMV); D[r] V. Marchessault (SCP); ; D[r] J. Waters (CCE).

Représentants d'office : D[r] P. Duclos (LLCM); D[r] C. Mustard (DGSM); D[r] L. Palkonyay (DM).

Santé Canada Health Canada

Canada

Préoccupé par les réactions anaphylactiques rares aux vaccins contenant la composante antirougeoleuse, le CCNI a recommandé de faire subir un test cutané à la rougeole-rubéole-oreillons (RRO) aux personnes ayant une hypersensibilité de type anaphylactique aux oeufs. Les auteurs d'études récentes ont remis en question l'utilité et la raison d'être de ces recommandations après n'avoir observé aucun incident par suite de l'administration du vaccin RRO à des personnes allergiques aux oeufs[8-11], et chez des personnes ayant eu une cutiréaction positive au RRO[12]. D'autres ont signalé des effets secondaires occasionnels malgré l'utilisation des cutiréactions au RRO et l'administration progressive du vaccin[13-15]. Dans une étude canadienne, on a immunisé sans problème 500 enfants qui étaient allergiques aux oeufs, dont 33 avaient déjà souffert de détresse respiratoire après avoir ingéré des oeufs; on a cessé de recourir à la cutiréaction après les 120 premiers enfants parce que sa valeur prédictive était insuffisante[16]. Dernièrement, 54 enfants allergiques aux oeufs, dont trois qui avaient eu une réaction positive à la cutiréaction au RRO, ont été vaccinés sans effets secondaires[17]. Une recension de la littérature a permis à ces chercheurs de déterminer qu'on avait évalué plus de 1 200 personnes allergiques aux oeufs en vue de l'immunisation contre la rougeole. Aucun des 284 enfants allergiques aux oeufs, chez qui l'allergie a été confirmée par une exposition aveugle à cet aliment, n'a eu quelque problème que ce soit après avoir reçu le vaccin antirougeoleux de routine [intervalle de confiance (IC) à 95 % - 99,0 % à 100 %]. La vaccination de routine a été tolérée par tous les 1 209 enfants chez qui la cutiréaction aux oeufs était positive (IC à 95 % - 99,75 % à 100 %) et par 1 225 des 1 227 enfants ayant des antécédents d'allergie aux oeufs (IC à 95 % - 99,41 % à 99,98 %). En outre, on a relevé dans la littérature 38 cas de réaction anaphylactique après la vaccination antirougeoleuse chez des personnes qui n'avaient pas d'antécédents d'allergies aux oeufs; la cutiréaction au RRO n'était positive que chez 4 (44,4 %) des 9 personnes chez qui ce test avait été effectué[17].

Recommandations

À la lumière des données cumulatives attestant de l'innocuité du vaccin antirougeoleux chez les personnes ayant des antécédents d'hypersensibilité anaphylactique aux oeufs de poule et de l'absence de données relativement à la valeur prédictive de la cutiréaction au RRO, le CCNI a révisé ses recommandations relativement à l'administration du vaccin RRO aux personnes allergiques aux oeufs de poule :

1. Conformément aux recommandations antérieures du CCNI, tous les vaccins devraient être administrés par une personne ayant la capacité et l'équipement nécessaires pour intervenir en cas de réactions indésirables, comme l'anaphylaxie.
2. L'allergie aux oeufs n'est pas une contre-indication de l'adminis- tration du vaccin RRO. Chez les personnes ayant des antécédents de réactions de type anaphylactique aux oeufs de poule (urticaire, oedème de la bouche et de la gorge, difficultés respiratoires et hypotension), la vaccination antirougeoleuse peut être administrée de la façon habituelle, sans cutiréactions préalable. Cependant, la vaccination doit avoir lieu dans un endroit doté de l'équipement nécessaire pour traiter un choc anaphylactique. Il importe de garder les personnes à risque sous observation pendant 30 minutes après l'injection afin de détecter tout signe de réaction allergique. Aucune précaution particulière n'est nécessaire dans le cas des enfants présentant une légère hypersensibilité aux oeufs qui leur permet l'ingestion des petites quantités d'oeufs contenues dans certains aliments ou lorsqu'on utilise le vaccin contre la rougeole et la rubéole qui ne contient pas de protéines d'origine aviaire. Aucune mesure spéciale n'est nécessaire chez les enfants qui n'ont jamais mangé d'oeufs avant de recevoir le RRO. La consommation préalable d'oeufs ne doit pas être une condition nécessaire à la vaccination avec le RRO.
3. Le vaccin contre la rougeole (ou RRO) est contre-indiqué chez les personnes qui ont déjà eu une réaction anaphylactique à un vaccin contenant la composante antirougeoleuse. S'il y a des raisons impérieuses qui militent en faveur de la revaccination d'une personne qui a déjà eu une réaction anaphylactique au vaccin antirougeoleux, on peut envisager la cutiréaction au RRO et la vaccination progressive dans un établissement doté des équipements de réanimation nécessaire. Cependant, il faut envisager la possibilité d'une réaction d'hypersensibilité à la cutiréaction au RRO ou lors de la vaccination progressive.
4. Il y aurait lieu d'améliorer la surveillance des réactions anaphylactiques post-vaccinales au vaccin antirougeoleux et d'entreprendre des études prospectives afin de mieux définir le risque chez les personnes allergiques aux oeufs.

Références

1. Aukrust L, Almeland TL, Refsum D et coll. Severe hypersensitivity or intolerance reactions to measles vaccine in six children. Allergy 1980;35:581-87.
2. Herman JJ, Radin R, Schneiderman R. *Allergic reactions to measles (rubeola) vaccine in patients hypersensitive to egg protein*. J Pediatr 1983;102:196-99.
3. Elliman D, Dhanraj B. *Safe MMR vaccination despite neomycin allergy*. Lancet 1991;337:365.
4. Kwittken PL, Rosen S, Sweinberg SK. *MMR vaccine and neomycin allergy*. Am J Dis Child 1993;147:128-29.
5. Kelso JM, Jones RT, Yunginger JW. *Anaphylaxis to measles, mumps, and rubella vaccine mediated by IgE to gelatin*. J Allergy Clin Immunol 1993;91:867-72.
6. Van Asperen PP, McEniery J, Kemp AS. *Immediate reactions following live attenuated measles vaccine*. Med J Aust 1981;2:330-31.
7. McEwan J. *Early-onset reaction after measles vaccination — Further Australian reports*. Med J Aust 1983;2:503-05.
8. Kemp A, Van Asperen P, Mukhi A. *Measles immunization in children with clinical reactions to egg protein*. Am J Dis Child 1990;144:33-5.
9. Bruno G, Giampietro PG, Grandolfo ME et coll. *Safety of measles immunisation in children with IgE-mediated egg allergy*. Lancet 1990;335:739.
10. Beck SA, Williams LW, Shirrell A et coll. *Egg hypersensitivity and measles-mumps-rubella vaccine administration*. Pediatrics 1991;88:913-17.
11. Fasano MB, Wood RA, Cooke SK et coll. *Egg hypersensitivity and adverse reactions to measles, mumps, and rubella vaccine*. J Pediatr 1992;120(6):878-81.
12. Aickin R, Hill D, Kemp A. *Measles immunisation in children with allergy to egg*. Br Med J 1994;309:223-25.
13. Lavi S, Zimmerman B, Koren G et coll. *Administration of measles, mumps, and rubella virus vaccine (live) to egg-allergic children*. JAMA 1990;263:269-71.

14. Puvvada L, Silverman B, Bassett C et coll. *Systemic reactions to measles-mumps-rubella vaccine skin testing*. Pediatrics 1993;91:835-36.
15. Trotter AC, Stone BD, Laszlo DJ et coll. *Measles, mumps, rubella vaccine administration in egg-sensitive children: systemic reactions during vaccine desensitization*. Ann Allergy 1994;72:25-8.
16. Freigang B, Jadavji TP, Freigang DW. *Lack of adverse reactions to measles, mumps, and rubella vaccine in egg-allergic children*. Ann Allergy 1994;73:486-88.
17. James JM, Burks AW, Roberson PK et coll. *Safe administration of the measles vaccine to children allergic to eggs*. N Engl J Med 1995;332:1262-66.

Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)

AVIS PROVISOIRE CONCERNANT LA REVACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE DES PERSONNES ATTEINTES DU SYNDRÔME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE (SIDA)

Dans une *Déclaration supplémentaire sur l'élimination de la rougeole au Canada* publiée récemment (RMTC 1996;22:9-15), le CCNI a recommandé la vaccination systématique des nourrissons infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) à condition que leur fonction immunitaire à l'âge de 12 à 15 mois permette d'administrer sans danger le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO). Le Comité considère également que l'administration d'une seconde dose du vaccin ne devrait pas non plus poser de problème au cours de la deuxième année de vie si la fonction immunitaire demeure stable. Il a souligné toutefois qu'il était plus risqué d'administrer des doses du vaccin à un âge plus avancé, car une altération des mécanismes immunitaires est à prévoir avec l'âge. On a porté récemment à l'attention du Comité un cas qui fait ressortir l'existence d'un tel risque.

Un jeune Américain de 21 ans atteint du SIDA qui avait reçu une seconde dose du vaccin vivant atténué contre la rougeole un an auparavant, alors que ses mécanismes immunitaires étaient gravement altérés, a présenté une pneumonie progressive. Le virus rougeoleux qui a été isolé à maintes reprises dans les produits de biopsie pulmonaire et de lavage broncho-alvéolaire était très étroitement apparenté à la souche vaccinale dans les tests génétiques. Il s'agit, semble-t-il du premier cas de maladie due à un virus de la souche utilisée dans le vaccin contre la rougeole chez un patient souffrant d'une infection à VIH à un stade avancé. Des détails seront communiqués au cours des mois qui viennent.

Ce cas isolé renforce les craintes concernant les risques associés à l'administration systématique d'une seconde dose du vaccin antirougeoleux aux personnes atteintes d'une infection à VIH avancée. Compte tenu de la diminution du risque d'infection par un virus rougeoleux sauvage au Canada et des mesures énergiques de lutte qui sont prises actuellement, il est peut-être nécessaire de réévaluer le ratio risques-avantages de la vaccination et de la revaccination contre la rougeole chez les personnes à un stade avancé de l'infection à VIH. Tant que cette réévaluation ne sera pas terminée, le Comité recommande les stratégies suivantes :

1) Les personnes infectées par le VIH qui n'ont pas présenté des signes d'immunodéficience sévère (classification de l'infection à VIH chez les enfants, catégories E, N1, A1)[1] devraient recevoir une première dose du vaccin RRO à l'âge de 12 mois ou le plus tôt possible après cet âge. Cette recommandation est la même que celle qui figurait dans la déclaration supplémentaire récente.
2) On devrait surseoir à l'administration d'une seconde dose du vaccin contre la rougeole dans le cas des personnes infectées par le VIH qui présentent une immunodéficience modérée ou sévère[1]. Il peut être nécessaire de consulter un expert dans le traitement des patients infectés par le VIH afin de déterminer le degré d'immunodéficience chez un cas particulier. Pour l'instant, on peut présumer qu'il existe une immunodéficience importante chez les enfants qui reçoivent une thérapie antirétrovirale de longue durée, un traitement prophylactique contre *Pneumocystis pneumonitis* ou des perfusions d'immunoglobulines intraveineuses.

Une revaccination contre la rougeole peut toujours être indiquée dans le cas des personnes infectées par le VIH dont le déficit immunitaire est modéré[1] s'il existe un risque élevé d'infection par un virus sauvage dans la collectivité locale ou si elles doivent se rendre dans une région où la rougeole est endémique. Il peut être utile de consulter les autorités sanitaires locales pour déterminer le degré d'activité du virus rougeoleux sauvage à l'échelle locale et les risques que courent les voyageurs à l'étranger.

Une immunoprophylaxie passive aux immunoglobulines (IG)[2] est une option à considérer dans le cas des personnes qui présentent une immunodéficience modérée ou sévère et qui courent le risque d'être exposées pendant une courte période au virus sauvage de la rougeole, p. ex. durant une éclosion dans la collectivité ou lors d'un voyage à l'étranger. Il est également recommandé d'administrer des IG après une exposition à la rougeole, étant donné qu'une vaccination antérieure ne confère pas une protection suffisante aux personnes infectées par le VIH.

3) Il faut envisager une infection prolongée par le virus de la rougeole lorsqu'une personne infectée par le VIH souffre d'une pneumonie chronique dans l'année qui suit la vaccination. On devra tenter d'isoler le virus dans les échantillons appropriés. Des isolats devraient être expédiés au LLCM pour y être caractérisés plus précisément.

Références

1. Groupe national de travail sur les soins globaux aux personnes atteintes d'une infection à VIH. *Un guide complet des soins aux personnes atteintes d'une infection à VIH - Module 2 : nourrissons, enfants et préadolescents*. Mississauga (Ontario) : Le Collège des médecins de famille du Canada, 1995:77.
2. Comité consultatif national de l'immunisation. *Guide canadien d'immunisation*. 4e éd. Ottawa, Ont. : Santé Canada, 1993:143. (Approvisionnements et Services Canada, n° de cat. H49-8/1993F.)

L'INNOCUITÉ DES IMMUNOGLOBULINES

Généralités

Vers la fin de l'année 1995, un hôpital d'Ottawa a mis sur pied un programme de notification des patients qui, selon les dossiers, avaient reçu du sang ou des produits sanguins avant que les dons de sang ne soient soumis à des épreuves de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et (ou) du virus de l'hépatite C (VHC) afin de les inciter à subir des tests de dépistage de ces maladies. Parmi les produits sanguins qui, selon l'hôpital, pouvaient présenter un risque pour la santé, figuraient la plupart des immunoglobulines (IG) administrées par voie intramusculaire (IM). Suite à cela, ce programme a attiré l'attention de la presse écrite et des médias.

Objectif

La présente déclaration vise à clarifier la position de Santé Canada relativement à l'innocuité des immunoglobulines.

Discussion

IG intramusculaires

En matière d'innocuité, les IGIM ont de longs et excellents antécédents. S'il est vrai que le virus de l'hépatite B (VHB) a été transmis par des IGIM dans les années 1970[1], aucun cas n'est survenu depuis, même si le fractionnement à l'éthanol froid par la méthode de Cohn ne permet pas d'éliminer complètement le VHC[2] et si l'on a trouvé de l'ARN de VHC dans les IGIM[3]. (On ignore si ce composant est infectieux.) Les *Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis[4] et le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)[5] attestent l'innocuité des IGIM. Comme ces produits ne posent pas de risque connu de transmission virale, il n'y a pas lieu pour les personnes qui ont reçu uniquement ces produits sanguins IM de subir des épreuves de dépistage du VIH et (ou) du VHC.

Immunoglobulines intraveineuses

Les immunoglobulines administrées par voie intraveineuse (IV), et notamment des IGIV[6] et les IGIV anti-Rh(D)[7,8], ont transmis le VHC, mais non le VIH. Il demeure toutefois impossible d'expliquer clairement pourquoi le virus a pu être transmis par ces produits (tant les types d'IG que les IG spécifiques associées à ces cas). En Amérique du Nord, une certaine marque d'IGIV (Gammagard, *Baxter Healthcare Corporation*) a été incriminée*; ce produit n'a jamais été autorisé au Canada, mais il était possible de l'obtenir dans le cadre du Programme d'autorisation des médicaments d'urgence (PAMU). Le procédé de fabrication des IG Gammagard ne comprenait pas d'étape d'inactivation virale. (La fabrication des IGIV autorisées au Canada comporte un traitement d'inactivation.) De plus, on a des raisons de penser que la présence du complexe antigène- anticorps peut avoir un effet considérable sur la séparation du VHC au cours du procédé de fractionnement, effet faisant dériver le virus vers des fractions autres que celles des IG. L'exclusion du sang des donneurs porteurs d'anticorps anti-VHC pourrait donc réduire cet effet protecteur[9].

Les IGIV anti-Rh(D) incriminées dans les flambées d'infection à VHC survenues en Irlande et en Allemagne[7,8] ont été obtenues au moyen de la chromatographie par échange d'anions et non par la technique du fractionnement par l'éthanol à froid (méthode de Cohn) qui s'emploie pour la production de la plupart des IG[10]. mais on ignore si ce changement de procédé est importante. Au moins une marque d'IG anti-Rh(D) autorisée au Canada (le WinRho SD ou son prédécesseur le WinRho) est produite par la méthode de la chromatographie par échange d'anions et son administration par voie intramusculaire est autorisée, tout comme son utilisation par voie intraveineuse. Ce produit semble avoir d'excellents antécédents au point de vue de l'innocuité et l'on n'a signalé aucun cas de transmission, même après l'administration d'un million de doses. Actuellement, le procédé de fabrication comprend une étape d'inactivation virale par traitement avec un solvant et un détergent. Il a été établi que ce traitement est efficace pour l'inactivation des virus à capside comme le VIH et le VHC.

Il n'est pas simple de décider s'il y a lieu de recommander le dépistage du VIH ou du VHC aux personnes qui ont reçu des IG par voie intraveineuse. Le risque, s'il existe, est vraisemblablement très faible dans l'ensemble. Il est cependant raisonnable de conseiller aux personnes qui ont reçu des IG Gammagard entre le 1er avril 1993 et le 24 février 1994† de subir un test de dépistage du VHC. C'est également ce que recommandent les CDC[6] ‡. À la lumière de ce que nous savons actuellement, il n'est pas nécessaire de recommander de dépistage aux personnes qui ont reçu d'autres types d'IG par voie intraveineuse.

Agents d'immunisation active

Le vaccin anti-VHB dérivé du plasma, dont les médias ont parlé lors de leurs reportages sur le programme de notification des patients, n'est plus disponible. Il a été remplacé par un vaccin recombinant. On estimait, et l'on estime toujours, que le vaccin dérivé du plasma ne posait pas de danger de transmission virale[11]. De même, aucun cas de transmission du VIH ou du VHC par d'autres agent d'immunisation active n'a été signalé et l'on estime que ces produits ne présentent aucun risque de transmission virale.

Références

1. Tabor E and Gerety RJ. *Transmission of hepatitis B by immune serum globulin* (lettre). Lancet 1979;2:1293.
2. Yei S, Yu MW, Tankersley DL. *Partitioning of hepatitis C virus during Cohn-Oncley fractionation of plasma*. Transfusion 1992;32:824-28.
3. Yu MYW, Mason BL, Tankersley DL. *Detection and characterization of hepatitis C virus RNA in immune globulins*. Transfusion 1994;34:596-602.

* Un deuxième produit, le Polygam (de *Baxter Healthcare Corporation*) a été incriminé dans un seul cas. Ce produit n'était pas disponible au Canada dans le cadre du PAMU.

† Le Programme d'autorisation des médicaments d'urgence a cessé de distribuer le Gammagard à cette date. Il a été remplacé par le Gammagard-SD, dont la fabrication comporte une étape d'inactivation virale.

‡ D'après les données dont nous disposons, seules 11 demandes de Gammagard ont été soumises au cours de cette période. Le fabricant a averti les médecins qui ont fait ces demandes en 1994.

4. Immunization Practices Advisory Committee. *Protection against viral hepatitis*. MMWR 1990;39(no.RR-2):2.
5. Comité consultatif national de l'immunisation. *Guide canadien d'immunisation*. 4e éd. Ottawa, Ont. : Santé Canada, 1993;142. (Approvisionnements et Services Canada, nº de cat. H49-8/1993F.)
6. CDC. *Outbreak of hepatitis C associated with intravenous immunoglobulin administration — United States, October 1993 - June 1994*. MMWR 1994;43:505-09.
7. Dittman S, Roggendorf M, Durkop J et coll. *Long-term persistence of hepatitis C virus antibodies in a single source outbreak*. J Hepatol 1991;13:323-27.
8. Power JP, Lawlor E, Davidson F et coll. *Hepatitis C viraemia in recipients of Irish intravenous anti-D immunoglobulin*. Lancet 1994;344:1166-67.
9. Yu MW, Mason BL, Guo ZP et coll. *Hepatitis C transmission associated with intravenous immunoglobulins*. Lancet 1995;345:1173-74.
10. Foster PR, McIntosh RV, Welch AG. *Hepatitis C infection from anti-D immunoglobulin*. Lancet 1995;346:372.
11. Furesz J, Boucher DW. *Safety of hepatitis B vaccine*. Can Med Assoc J 1983;129:17-8.

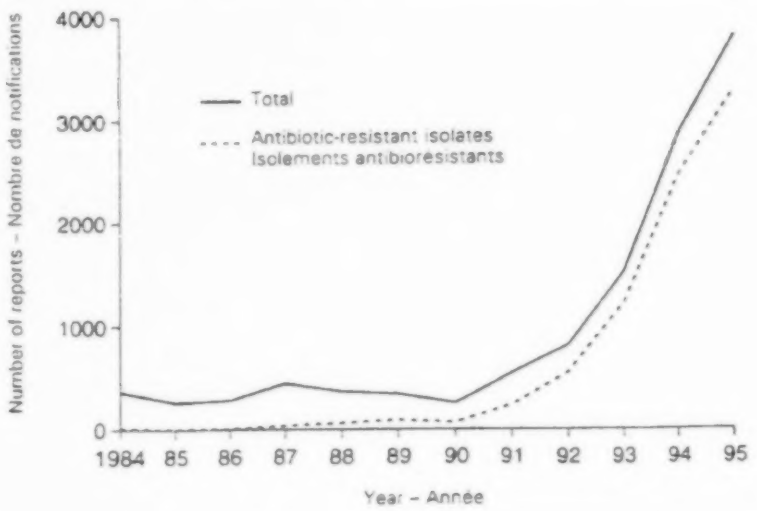
Source : *Dr M Tepper, MHSc, P Gully, MB, ChB, Division des pathogènes à diffusion hématogène, Bureau des maladies infectieuses, LLCM, Ottawa (Ontario).*

Notes internationales

INFECTIONS À *SALMONELLA TYPHIMURIUM* CHEZ L'HOMME — ROYAUME-UNI

Près de 6 700 notifications d'infections à *Salmonella typhimurium* sont parvenues en 1995, contre à peine plus de 5 500 l'année précédente. Il y a eu, chaque mois de 1995, plus de notifications qu'au cours des mois correspondants de 1994 et c'est au deuxième semestre que l'accroissement a été le plus important. Près de 3 700 notifications d'infections par *S. typhimurium* type définitif (DT) 104 sont parvenues en 1995. La salmonellose à DT104 a représenté 55 % de toutes les notifications de salmonelloses à *S. typhimurium* en 1995, contre 52 % en 1994 et 32 % en 1993. *S. typhimurium* DT104 vient désormais au second rang des isolements de *salmonelles* chez l'homme, en Angleterre et au pays de Galles, juste derrière *S. enteritidis* lysotype 4.

Figure 1
Antibiorésistance de *Salmonella typhimurium* DT104, Angleterre et pays de Galles, 1984-1995



C'est en 1984 que l'on a isolé, pour la première fois, une souche de *S. typhimurium* DT104 résistante à l'ampicilline, au chloramphénicol, à la streptomycine, aux sulfamides et à la tétracycline (type R ACSSuT). Le nombre d'isolements chez l'homme a augmenté lentement de 1984 à 1990, puis plus rapidement depuis lors (Figure 1). La plupart des isolements sont du type R ACSSuT, mais un nombre croissant d'entre eux résistent également à la triméthoprime et quelques-uns à la ciprofloxacine.

Comme d'autres salmonelloses transmises par les aliments, *S. typhimurium* DT104 est une zoonose. Des infections ont été signalées chez de nombreuses espèces, telles qu'ovins, porcins et volailles, mais *S. typhimurium* DT104 est principalement un pathogène des bovins. L'agent infectieux peut se propager par des denrées alimentaires et d'autres modes de transmission directe ou indirecte de l'animal à l'homme.

Source : *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 71, nº 18, 1996.*

Rappel

Conférence canadienne nationale sur l'immunisation

LA VACCINATION POUR LA SANTÉ : VERS L'ATTEINTE DE NOS OBJECTIFS NATIONAUX

du 8 au 11 décembre 1996

Hôtel Royal York, Toronto (Ontario)

Cette conférence de 4 jours, organisée par le Laboratoire de lutte contre la maladie et la Société canadienne de pédiatrie avec l'appui de l'entreprise privée. Le thème central sera l'immunisation des enfants. Autres questions telles que l'obtention et l'administration des vaccins, l'éducation, l'évaluation des programmes de vaccination, les dispositions législatives et réglementaires, et les efforts globaux d'immunisation seront traitées. On analysera aussi les progrès réalisés par rapport aux objectifs nationaux canadiens établis récemment en matière de lutte contre les maladies pouvant être évitées par la vaccination.

Le programme de la conférence a été approuvé par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada. Les participants obtiendront ainsi des crédits dans le cadre de la formation médicale continue. Les membres de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec pourront réclamés leurs crédits auprès du Collège des médecins de famille du Canada.

Pour obtenir d'autres renseignements, des documents d'inscription et des formulaires pour la présentation des résumés, prière de communiquer avec **M. C. Schouwerwou, coordonnateur de la conférence et du comité d'organisation, Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, Laboratoire de lutte contre la maladie, L.P. 0603E1, Pré Tunney, Ottawa (Ontario), K1A 0L2, télécopieur : (613) 998-6413**.

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques : D^r^ John Spika (613) 957-4243
D^r^ Fraser Ashton (613) 957-1329
Rédactrice en chef : Eleanor Paulson (613) 957-1788
Rédactrice adjointe : Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Éditique : Joanne Regnier

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Agent des abonnements : N° de téléphone : (613) 731-8610, poste 2028
Association médicale canadienne : Télécopieur : (613) 523-0937
B.P. 8650
Ottawa (Canada) K1G 0G8

Prix par année : 75 $ + TPS au Canada, 97,50 $ US à l'étranger.
© Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social 1996

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par internet en utilisant un explorateur Web, à http://hpb1.hwc.ca:8300 ou à l'aide de Gopher, à hpb1.hwc.ca port 7300.